

(様式1)

(様式1-①)

競争力強化促進事業専門家派遣申請書

平成 年 月 日

財団法人 栃木県産業振興センター理事長 様

〒

所在地

企業名

代表者名

社印

競争力強化促進事業による専門家の派遣を受けたいので、以下のとおり申請します。

企 業 概 要							
業 種		資本金	万円	従業員数	人	大企業 の出資 割合	(注) %
業務内容							
年間売上高	千円 (平成 年 月～平成 年 月)						
主要取扱品		%	主要取引先				%
		%					%
		%					%
		%					%
設立年月	年 月	電 話		F A X			
(派遣される専門家に対応する担当者名及び役職) (担当者) 役職名: _____ 役職名: _____ 氏 名: _____ 氏 名: _____							
(希望する専門家) ※派遣を受けたい専門家 (中小企業診断士、技術士、情報処理技術者等) があれば記入してください。 〒 住 所: _____ ふりがな 氏 名: _____ 電 話: _____ F A X: _____							

(注)大企業の定義

	製造業その他	卸売業	小売業	サービス業
資本金基準	3億円超	1億円超	5千万円超	5千万円超
従業員基準	300人超	100人超	50人超	100人超

資本金基準と従業員基準の両方を満たしていれば大企業となります。

※添付資料 会社案内等

2. 専門家の派遣計画

※派遣日(期間)については、当該年度2月末日までに終了するようにしてください。

(1) 希望日(期間): 平成 年 月 日～平成 年 月 日 (ヶ月間)

(2) 希望回数: _____回 (限度は4回まで)

3. 過去5年間における県等の公的診断受診の有無

・無

・有 (受診の内容について、下表に記入してください。)

年 度	診 断 内 容	実 施 機 関

4. 専門家の派遣を受ける事業者の所在地、交通機関と最寄り駅からの略図
(既存資料添付可)

5. 振興センター意見記入欄～当該事業への適否等に対する意見～ (担当)

検 印	
--------	--

以上により、支援回数 _____ 人日は、 適・不適 と認めます。